

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Martinez Ruiz, Gloria M.	119674	7/2/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$15,000.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Martinez Ruiz, Gloria M.	119674 <i>leg 89 15023</i>	7/2/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$15,000.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Sistema de Retiro para Maestros

SRM-SB-001
Rev. Nov.15

Area de Servicios de Retiro

SOLICITUD DE RETIRO

☐ Mérito ☐ Años de Servicios y Edad ☐ Edad ☐ Diferido ☐ Incapacidad ☐ Suplementaria

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicito los beneficios del retiro, de acuerdo a las disposiciones de la Ley 160 del 24 de diciembre de 2013.

Nombre	Seguro Social	Fecha de Nacimiento (D-M-A)	Sexo
Gloria M ^a Martinez Ruiz		31-03-1956	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil	Número de Teléfono y Celular	Correo Electrónico	
<input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado	787 834 5905	gmartinez123@yahoo.com	
<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	787 464 9122		
Dirección Postal	Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Igual a la Postal		
HC 7 Box 27037 Mayaguez P.R. 00680	Carr 348 Int Km 1.1 Mayaguez P.R. 00680		
Agencia Donde Trabaja	Pueblo Donde Trabaja	Puesto que Ocupa	Fecha Efectividad Renuncia
Dpto. Educación	Mayaguez	Maestra	31-07-2016
Nombre, Dirección y Teléfono del Familiar Cercano (Aplica solamente a Solicitud de Incapacidad)			

Préstamo con SRM ☐ Sí ☒ No Tipo de Préstamo ☐ Hipotecario ☐ Personal ☐ Viaje Cultural
Préstamo con AEELA ☐ Sí ☒ No Tipo de Préstamo ☐ Hipotecario ☐ Personal

Indique si es beneficiario o está en trámite de alguna Pensión por Incapacidad

☐ Sí ☒ No Entidad a la que se le reclamó la Incapacidad y/o la otorgó Fecha de Otorgación (D-M-A)

Firma del Participante

15-enero-2016
Fecha (D-M-A)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (INCAPACIDAD)

AUTORIZO al Sistema de Retiro para Maestros a tener acceso a mi Historial Laboral o Médico que pueda constatar cualquier agencia, departamento estatal, municipal o federal y/o agencias privadas o públicas fuera de Puerto Rico para uso de una Investigación Oficial de ser necesario.

Firma del Participante

Fecha (D-M-A)

PARA USO DEL PATRONO

CERTIFICO que Gloria M^a Martinez Ruiz se encuentra actualmente en
servicio activo ☒ licencia ☐ Elpidio H. Rivera
Nombre y Apellidos

Especifique el tipo de licencia

Renuncia Efectiva (D-M-A)	Nombre de la Escuela o Agencia	Fecha (D-M-A)
31-07-2016	Elpidio H. Rivera	26-enero-2016
Nombre del Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia	Firma del Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia	
Dolores Carr Reyes	Dolores Carr Reyes	





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

RETIRO DOCENTE

CERTIFICACIÓN ACEPTACIÓN DE RENUNCIA
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre y apellidos: GLORIA M. MARTÍNEZ RUIZ

Seguro Social: _____ Puesto: FAMILIA Y CONSUMIDOR

Región Educativa: MAYAGUEZ Distrito: MAYAGÜEZ

Escuela: ELPIDIO H. RIVERA Municipio: MAYAGÜEZ

Fecha radicación solicitud de retiro: _____

Fecha efectividad de renuncia: 28 de julio de 2016

Clasificación del Puesto: ☒ Maestro ☐ Director ☐ Trabajador Social ☐ Orientador

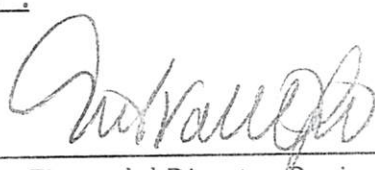
Categoría _____ Número de Puesto: R36117

De conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 208 del 21 de diciembre de 2010, certifico que la solicitud de retiro ha sido ☒ Aprobada ☐ No aprobada, Hoy, 1 de Julio de 2016.

Norberto Valladares Crespo

Nombre en letra de Molde del Director Regional
O Representante Autorizado

Director Regional
Título del Puesto del Representante Autorizado


Firma del Director Regional o
Representante Autorizado

Este formulario deberá estar acompañado con la Carta de Renuncia, Informe de Nombramientos y Cambios (F-409), CRIM, ASUME, Certificación de Deuda del Departamento de Hacienda y Departamento de Educación, Radicación de Planilla (últimos cinco (5) años), Forma AEELA 61, 196 ó Carta de Quiebra y otros documentos requeridos para que se valide la autenticidad del mismo y referir a la Oficina de Retiro Docente de Nivel Central, **TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS TIENEN QUE SER ORIGINALES.**

Centro Gubernamental
Nenadich # 50 Suite 303
Mayagüez, Puerto Rico 00680
Tel: (787) 832-6880



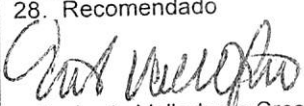
El Departamento de Educación no discrimina por razón de raza, color, género, nacimiento, origen nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, edad o impedimento en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.

FORM. 409 Rev.: 99

Pagarle ____ días por vacaciones
regulares en julio

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
 Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

Descontarle ____ días por
ausencias**Informe de Cambio – Personal Docente**

	ANTES DEL CAMBIO	DESPUÉS DEL CAMBIO
1. Nombre del Empleado	GLORIA M. MARTÍNEZ RUIZ	
2. Número de Seguro Social	0274	
3. Lugar y Fecha de Nacimiento	San Sebastián 3 marzo 1956	
4. Sexo	F.	
5. Estado Civil	C.	
6. Preparación Académica	BA.	
7. Experiencia	25 años	
8. Status del Empleado (Contrato)	Permanente	
9. Sueldo Bruto	\$2,655.00	
10. Número del Puesto	R36117	
11. Categoría del Puesto	Familia y Consumidor	
12. Nivel del Puesto (Directivo)		
13. Fondo		
14. Cifra de Cuenta	E1110-111-0810000-1006-00100-2016	
15. Fecha de Efectividad	28 de julio de 2016	
16. Acción y Duración	Renuncia	
17. Causa del Cese	Jubilación	
18. Último Día de Trabajo		
19. Último Día de Pago		
20. Programa Escolar, Nivel y Grado		
21. Turno en Registro		
22. Distrito Escolar	Mayagüez	
23. Escuela	Elpidio H. Rivera-Mayagüez	
24. Dirección Postal y Residencial HC 7 Box 27037 Mayagüez, PR. 00680		25. Teléfono Residencial (787) 834-5905 / 464-9122
26. Observaciones:		
27. En caso de cambio de status a probatorio o permanente, traslado, reasignación permanente o descenso.		29. Deseo: <u>Acogerme</u> <u>No Acogerme</u> Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de Puerto Rico en caso de cambio de contrato a probatorio o permanente.
Firma del empleado _____ Fecha _____		Firma del empleado _____ Fecha _____
28. Recomendado  Norberto Valladares Crespo Director Regional Firma _____ Fecha JUL 1 - 2016		30. Recomendado Director de Escuela _____ Fecha _____
31. Aprobado por: El Secretario de Educación o su Representante. Firma _____ Fecha _____		